

日本赤十字社長崎原爆病院 セカンドオピニオン外来申込書

患者様	(フリガナ)			(男・女)
	氏名	印		
	生年月日	明・大・昭・平		
		年	月	日生(歳)
	ご住所	〒		
	連絡先	TEL(自宅)	TEL(携帯)	
		FAX		
当院診察券	いずれかを○で囲んでください 持っている(ID番号) 持っていない			
ご相談される方	(フリガナ)			
	氏名			男・女
	ご住所			患者様との関係
	連絡先	TEL(自宅)	TEL(携帯)	
	FAX			
	TEL(その他)			
	※必ず連絡の取れる電話番号を複数ある場合は複数ご記入ください			
疾患名・症状				
ご相談内容 (記入欄の不足の際は別紙を添付してください)				
紹介元医療機関	() 病院・診療所			
主治医名	() 科			
	() 先生			